

GE_GERICHTE A/4254/2007 vom 7. April 2008

GE Cour de justice, 2008-04-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4254_2007

FR: GE_GERICHTE A/4254/2007 du 7 avril 2008

IT: GE_GERICHTE A/4254/2007 del 7 aprile 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 07.04.2008
A/4254/2007

A/4254/2007 ATAS/394/2008 du 07.04.2008 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 24.07.2008, rendu le 26.09.2008, IRRECEVABLE, 9C_417/2008 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4254/2007 ATAS/394/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 6 du 31 mars 2008 En la cause Monsieur C_____, domicilié à GENEVE, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur C_____, (l'assuré), , marié, père d'un enfant né en 1997, de nationalité italienne, est entré en Suisse en 1974 au bénéfice d'une autorisation d'établissement C. L'assuré a une formation de tourneur sur métaux et a exercé cette profession en France, ainsi que celle de peintre en bâtiment en France et en Suisse. Depuis 1991, il a exercé le métier d'artisan-peintre indépendant. Il a travaillé seul, avec parfois des ouvriers qui le secondaient. Dès le 2 mars 2006, il a été en incapacité totale de travailler. Le 28 mai 2006, le Dr L_____ a diagnostiqué des polyarthralgies rhumatismales, uncarthrose C5-C6, discopathies C3-4 et C5-6, scoliose dorsale et discopathie L4-L5. Les douleurs des épaules irradiaient aux bras, coudes et genoux. Ce médecin a attesté d'une incapacité de travail totale, depuis le 2 mars 2006. Le 19 juin 2006, le Dr M_____, FMH chirurgie orthopédique, a considéré qu'une intervention chirurgicale visant la réparation du sus-épineux à droite ne permettrait pas à l'assuré de reprendre ses activités professionnelles. Le 20 juin 2006, le Dr N_____, FMH rhumatologie, a signalé des douleurs aux mains et aux genoux et attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 6 mars 2006. Le 10 octobre 2006, le Dr M_____ a souligné qu'il n'était pas réaliste de proposer une réparation de la coiffe à droite qui ne permettrait de toute façon pas une reprise de travail même à temps partiel. Le 17 octobre 2006, le Dr N_____ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 6 mars 2006 pour une durée indéterminée en mentionnant que le patient ne reprendra pas son travail. Il a attesté de lésions bilatérales de la coiffe des rotateurs des épaules et de lombalgies chroniques. Le 25 novembre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Le 11 décembre 2006, le Dr O_____, FMH médecin interne en rhumatologie, a rendu un rapport d'expertise à la demande du Groupe Mutuel, l'assureur perte de gain. L'assuré se plaignait de rachialgies ayant débuté vers l'âge de 30 ans, puis ayant augmenté depuis quelques années, de lombalgies de types mécanique et de blocages lombaire aigus, ainsi que, depuis 2 à 3 ans, de douleurs aux deux épaules et de gonalgies bilatérales, ainsi que de douleurs aux tendons d'Achille et au pli linguinal. Il devait alterner les positions assise/debout pour éviter des rachialgies trop intenses. Il pose les diagnostics de douleurs de l'épaule droite sur déchirure transfixiante du sus-épineux, douleurs de l'épaule gauche sur déchirure partielle du

sus-épineux et lombalgies mécaniques chroniques. On pouvait admettre, au vu de l'arthro-IRM effectuée le 18 septembre 2006, la légitimité des plaintes douloureuses de l'épaule droite. Une intervention chirurgicale était à discuter. Une activité dans le bâtiment ou pour des travaux lourds ne semblait plus possible de façon définitive, même en cas d'intervention chirurgicale. Théoriquement, une activité plus légère serait possible à 100 %, mais une reconversion professionnelle difficile. Le 3 janvier 2007, l'assuré a indiqué à l'OCAI que, sans atteinte à la santé, il continuerait d'exercer une activité de peintre indépendant. Le 30 janvier 2007, le Dr M_____ a rendu un rapport médical à la demande de l'OCAI. Il diagnostique une tendinopathie perforée du sus-épineux à droite; une tendinopathie de la coiffe des rotateurs à gauche, probablement perforée aussi du sus-épineux; une arthrose du rachis lombaire avec douleurs lombaires; douleurs de la hanche droite sur probable tendinopathie du pyramidal, peut-être du moyen fessier. Il relève qu'une arthro-IRM du 18 septembre 2006 a montré une déchirure du sus-épineux, mais sans rétraction et avec une qualité musculaire assez bonne. On peut donc penser qu'une suture - réinsertion pourrait donner un bon résultat en évitant une aggravation de cette lésion et devrait aussi avoir un bon effet sur les douleurs, mais sans pouvoir promettre à l'assuré de pouvoir reprendre son travail de peintre en bâtiment qui s'exerce sur des échelles ou des échafaudages sollicitant régulièrement les épaules au-dessus de l'horizontale. Il n'avait pas revu l'assuré depuis le 12 octobre 2006 et pensait que la poursuite du travail dans la profession de peintre en bâtiment était définitivement impossible. Le patient pourrait exercer un travail en position debout et assise alternée avec des petits trajets et sans manutention de charges, puisque celles-ci augmentaient les douleurs des épaules et du rachis lombaire. La position debout prolongée entraînait également une augmentation des douleurs de la hanche droite. Dans la mesure où l'assuré trouvait une occupation n'exigeant pas ces sollicitations, un travail à 50% serait peut-être possible. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : Diminution de la mobilité et de la force des deux épaules avec arc douloureux vers 90° en abduction et flexion antérieure des deux cotés et signe de tendinopathie du sus-épineux des deux épaules. Concernant la hanche droite, mobilité conservée, pas de douleurs aux rotations. Douleurs du pli de l'aîne et des adducteurs à l'adduction contrariée des deux côtés, douleurs à la palpation du haut du grand trochanter. Pour le rachis lombaire, diminution de la mobilité, pas de déficit sensitivomoteur aux membres inférieurs. Le 6 février 2007, le SMR a considéré qu'il convenait de se référer à l'expertise du Dr O_____ et d'admettre une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès la date de l'expertise. Le 31 mars 2007, le Dr L_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il diagnostique une scoliose cervico-dorso-lombaire; unarthrose C5-6; et discopathies C3-4 et C5-6; discopathie L4-5; lombosciatalgies récidivantes depuis 1985 ; cervico-brachialgies récidivantes dès l'âge de 25 ans ayant des répercussions sur la capacité de travail et une hyperlipidémie sans répercussion sur la capacité de travail. Il suivait le patient depuis 1985. Depuis quelque jours, celui-ci souffrait de lombosciatalgie évoluant ayant nécessité un traitement médicamenteux. La cause principale de l'incapacité de travail était des cervico-brachialgies suivies par le Dr M_____. L'état de santé de l'assuré s'aggravait. Le 3 juillet 2007, la réadaptation professionnelle de l'OCAI a relevé que l'assuré avait cessé son activité en mars 2006, que ses revenus nets fluctuaient entre 67'455 fr. et 34'855 fr. et qu'il convenait de retenir un revenu de 51'945 fr. .Quant au revenu d'invalidé, il était pour 2006 de 43'792 fr., fondé sur les ESS 2004, indexé à 2006, avec une déduction de 25 %. Ainsi, le degré d'invalidité était de 15,7%. Par projet de décision du 9 juillet 2007, l'OCAI a rejeté la

demande de prestations en constatant que le degré d'invalidité était de 15,7%. Une aide au placement pouvait lui être proposée. Le 12 juillet 2007, l'assuré a écrit à l'OCAI qu'il transmettrait sa réponse après consultation de son médecin traitant et qu'il solliciterait l'aide au placement. Le 10 septembre 2007, l'assuré a estimé que l'OCAI n'avait pas eu une connaissance précise de son état de santé et déclarait refuser le projet de décision. Par décision du 3 octobre 2007, l'OCAI a confirmé son projet de décision. Par communication du 5 octobre 2007, l'OCAI a informé l'assuré que son dossier était transmis au service placement, lequel a convoqué l'assuré le 7 novembre 2007. Celui-ci a déclaré qu'il renonçait dans l'immédiat à l'aide au placement. Le 29 octobre 2007, le Dr N_____ a attesté qu'il connaissait l'assuré depuis 1994, lequel l'avait consulté pour des douleurs à la nuque et lombaires. En 2006, il avait à nouveau consulté pour des lombalgies et douleurs multiples. Il relève : "En dehors du problème des épaules, les plaintes principales du patient concernant sa région lombaire, avec des douleurs constantes, impression parfois de blocage, irradiation intermittente en arrière de la cuisse et vers la région inguinale droite. L'examen clinique montre un syndrome lombo-vertébral modéré mais surtout une crainte du patient d'effectuer des mouvements de sa colonne. L'examen neurologique est en revanche sans particularité au niveau des membres inférieurs. On peut donc conclure que M. C_____ souffre de lésions dégénératives étagées, touchant principalement ses deux épaules, sa colonne cervicales, sa colonne lombaire ; dans une moindre mesure son poignet droit, ses genoux ; il souffre enfin de douleurs d'insertion des tendons d'Achille essentiellement du côté gauche. Je pense que cette atteinte rhumatismale dégénérative est non seulement irréversible mais va aller en augmentant dans les années futures. Le patient est obligé de prendre tous les jours un anti-inflammatoire non stéroïdien, et malgré cela n'est pas libéré de l'ensemble de ses douleurs. Il est évident que sa capacité de travail dans la profession d'artisan-peintre est totalement nulle et de façon définitive. Par ailleurs, compte tenu des autres problèmes ajoutés à celui des épaules, je vois mal comment il pourrait, à son âge, exercer une autre activité professionnelle." Le 5 novembre 2007, l'assuré, représenté par l'Association suisse des assurés (ASSUAS), a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances à l'encontre de la décision de l'OCAI en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% et en relevant que l'IRM lombaire du 17 septembre 2007 confirmait les douleurs rhumatismales et que le Dr N_____ avait estimé qu'il était totalement invalide. Le 6 décembre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours en relevant que les dernières pièces médicales n'attestaient pas que le recourant était incapable d'exercer une activité professionnelle adaptée, comme l'avait admis le Dr O_____. A la demande du Tribunal de céans, le Dr M_____ a fourni des renseignements sur l'état de santé du recourant le 13 février 2008. Il relève que le recourant présente des restrictions, soit "pas de manutention régulière de charge, pas d'effort contre résistance répété des membres supérieurs, pas de travail avec les bras au dessus de l'horizontale, pas de position debout ou assise prolongée. Dans la mesure, tout à fait théorique, où un travail adapté peut être trouvé à M. C_____ qui aura 63 ans à la fin de l'année, on pourrait imaginer une reprise de travail complète. Comme le relève aussi le Dr O_____, dans son expertise à la page 6, point 2 : «en théorie, elle pourrait être complète, du moment qu'elle telle activité ne requiert pas de gros efforts physiques avec les membres supérieurs». Puis au point 4 de la même expertise : «Pour des raisons déjà invoquées, je pense qu'il est illusoire d'envisager une reconversion professionnelle chez un patient du bâtiment âgé de plus de 61 ans (maintenant bientôt 63 ans)» ". Le Dr M_____ était d'accord avec la conclusion du Dr O_____ selon laquelle la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée, moyennant

l'ajout de l'expression "en théorie". Il relève que "vouloir trouver un travail adapté avec les restrictions susmentionnées chez un patient de bientôt 63 ans sans autre formation que celle de peintre me semble être un exercice purement intellectuel. Dans la mesure où l'on pourrait trouver une telle activité, je pense qu'il serait préférable de commencer par 50% avec une possibilité d'augmenter ultérieurement la capacité de travail, plutôt que de commencer à 100% et de se retrouver à devoir remettre le patient à l'arrêt de travail à cause d'une exacerbation des douleurs soit des épaules, soit du rachis lombaire ou de la hanche droite".

A la demande du Tribunal de céans, le Dr O_____ a répondu le 20 février 2008 à un certain nombre de questions sur l'état de santé du recourant. Le patient présentait de multiples problèmes ostéo-articulaires, soit des douleurs aux deux épaules, dans un contexte de déchirure de certains tendons de ses deux articulations et de douleurs lombaires chroniques. Le Dr O_____ a confirmé son expertise médicale mentionnant une capacité complète dans une activité adaptée, tout en relevant qu'il était illusoire d'envisager une reconversion professionnelle chez un patient âgé de plus de 61 ans. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 25 novembre 2006. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. a) Le 1^{er} juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 9 juillet 2007, qui a été confirmé par la décision du 3 octobre 2007, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 5 novembre 2007. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue

durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66 2/3 % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70% font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 : art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1^{er} janvier 2004 : art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles

résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes,

ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATF A non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). En l'espèce, l'expertise du Dr O_____ du 11 décembre 2006, complétée à la demande du Tribunal de céans le 20 février 2008, répond aux exigences jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. En particulier, le Dr O_____ a confirmé le 20 février 2008 les conclusions de son expertise en ayant pris connaissance des rapports des Drs M_____ du 30 janvier 2007 et N_____ du 29 octobre 2007. Il en ressort que le recourant est totalement incapable de travailler dans son ancienne profession de peintre en bâtiment, mais qu'il dispose d'une capacité de travail, d'un point de vue médical, de

100% dans une activité légère ne nécessitant pas de gros efforts physiques avec les membres supérieurs, étant relevé que cette capacité apparaît théorique à l'expert chez un patient du bâtiment âgé de plus de 61 ans. L'incapacité de travail dans l'ancienne activité est confirmée par les autres médecins et d'ailleurs admise par l'intimé, le SMR ayant confirmé l'appréciation du Dr O_____. Le recourant invoque cependant une incapacité de travail totale en se fondant sur l'IRM du 17 septembre 2007 et le rapport du Dr N_____ du 29 octobre 2007. Le 30 janvier 2007, le Dr M_____ a estimé qu'un travail à 50% respectant les limitations du recourant était éventuellement possible. Questionné sur la capacité de travail du recourant, il a précisé le 13 février 2008 qu'on pourrait imaginer une reprise de travail complète dans le cadre d'un travail adapté, mais que cette estimation était théorique, comme l'avait relevé le Dr O_____, avec lequel il était d'accord, dès lors que le recourant avait bientôt 63 ans, qu'il avait une unique formation de peintre et des limitations physiques. Quant au Dr N_____, il a estimé qu'il voyait mal comment le recourant pourrait, vu son âge, exercer une autre activité professionnelle, compte tenu des autres problèmes ajoutés à celui des épaules, soit les douleurs et blocages lombaires et l'atteinte rhumatismale dégénérative (colonne cervicale, lombaire, poignet droit, genoux, insertion des tendons d'Achille). L'expertise du Dr O_____ qui, comme il a été dit ci-dessus, a pleine valeur probante, a été confirmée par le Dr M_____, médecin traitant du recourant, s'agissant en particulier de la capacité de travail à 100% du recourant dans une activité adaptée. Les conclusions de cette expertise ne sont, par ailleurs, pas sérieusement mises en cause par le Dr N_____, lequel se borne à évoquer les problèmes physiques surajoutés à celui des épaules, ainsi que l'âge avancé du recourant. Or, à cet égard, en matière d'assurance-invalidité, la longue période d'inactivité, l'âge ou l'absence de motivation ne constituent pas des atteintes à la santé à prendre en considération pour évaluer l'incapacité de travail ou de gain d'un assuré. Le fait que la personne concernée se considère comme invalide ne constitue pas davantage un critère. Il convient bien plutôt de se demander si, en raison d'atteintes à la santé, l'assuré ne dispose plus des ressources physiques et psychiques nécessaires à la reprise d'une activité professionnelle (ATFA du 5 décembre 2005 I 685 /04). En conclusion, il convient d'admettre que le recourant dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, celui effectué par l'intimé, aboutissant à un degré de 15,7%, doit être confirmé, ce d'autant que même si le revenu maximal avant invalidité de 64'455 fr. était retenu, le degré d'invalidité en résultant serait inférieur à celui de 40% exigé pour avoir le droit à une rente d'invalidité, soit, en l'espèce, un degré de 35%, compte tenu d'un revenu d'invalidité de 43'792 fr. fondé sur les ESS 2004, indexé à 2006, avec une déduction maximale de 25%. Le recourant ne conteste d'ailleurs aucun des revenus pris en compte par l'intimé. a) Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et il doit être rejeté. b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nancy BISIN La Présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.